



REQUERIMENTO

1 - Nº Protocolo: 2 - Nº Inscrição:

3 - Nome:

4 - Pai: 5- Mãe:

6 - Nacionalidade: 7 - Naturalidade: 8 - UF:

9 - Estado Civil: 10- Data Nascimento: 11 - Sexo Masculino Feminino

12- CPF 13 - Identidade 14 - Org. Emitente 15 - Expedição em

Endereço para Correspondência Residencial

16- Endereço: 17- Bairro:

18- Cidade: 19- Estado: 20- CEP:

21- Telefone: 22- Celular: 23- Email:

Endereço Comercial

24- Local :

25- Endereço: 26- Bairro:

27 - Cidade: 28- Estado: 29- CEP:

30- Telefone: 31- Ramal: 32- Fax:

33 - O Requerente é portador de necessidades especiais? Sim Não

34 - Informar o grau ou nível da deficiência usando o código de classificação internacional de Doenças - CID

vem, nos termos da legislação vigente, requerer ao Conselho Regional de Enfermagem se digne conceder-lhe:

- 35 - Inscrição Definitiva na categoria de _____
- 36 - Inscrição Provisória na categoria de _____
- 37 - Inscrição Secundária na categoria de _____
- 38 - Inscrição Remida na categoria de _____
- 39 - Cancelamento na categoria de _____
- 40 - 2º via de carteira profissional de identidade _____
- 41 - Autorização para executar atividades elementares na área da enfermagem _____
- 42 - Reinscrição _____
- 43 - Transferência para o Conselho Regional de Enfermagem de _____
- 44 - Mudança de Categoria para _____
- 45 - Outros _____

46 - Autorizo enviar meus documentos via Correio com AR Sim Não - Assinatura _____

Pelo presente, comprometo-me a manter sempre atualizados meus endereços residencial e profissional.

Declaro, sob a penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que os dados lançados foram conferidos por mim.

_____, _____ de _____ de _____

47 - Assinatura do Requerente: _____